

Gastroenteritis aguda infecciosa

Nuevas recomendaciones para el manejo y tratamiento en pediatría

Alba Antón González, R3 Pediatría
Tutor: Pedro Jesús Alcalá Minagorre

Actualización en consenso: revisión

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Documento consenso

SEIP/AEPap/SEPEAP/SEGHN/SEUP sobre el diagnóstico y tratamiento etiológico de las gastroenteritis agudas de origen infeccioso



Alicia Berghezan-Suárez^{a,b,*}, David López-Martín^b, Ángel José Carabajo Ferreira^a,
Parisá Khodayar-Pardo^c, Luis Ortiz-González^d, Belén Aguirrezabalaga González^d,
Ricardo Torres-Peral^e, Roi Piñeiro Pérez^b, María Natali Campo Fernández^c,
Begoña Pérez-Moneo^e y Grupo de Trabajo de Gastroenteritis Aguda en Pediatría[◊]

Recibido el 31 de mayo de 2025; aceptado el 21 de julio de 2025
Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2025

Índice

- | | | | |
|-----------|----------------------------------|-----------|-------------------------------|
| 01 | Introducción | 04 | Tratamiento específico |
| 02 | Diagnóstico | 05 | Complicaciones |
| 03 | Principales
patógenos | 06 | Conclusiones |
| | | 07 | Bibliografía |

Introducción: Gastroenteritis aguda (GEA)

- Deposiciones blandas o líquidas y/o aumento del número de deposiciones en un día (más de 3). Puede presentar vómitos y/o fiebre. Habitualmente dura menos de 7 días y no supera los 14
- Tercera causa de muerte en menores de 5 años en el mundo
- En países desarrollados baja tasa de mortalidad, pero elevada morbilidad e impacto económico y social
- Una de las principales infecciones nosocomiales

Gastroenteritis aguda (GEA)

NO INFLAMATORIA

Sin fiebre

Deposiciones acuosas
Sin sangre
Sin mocos

Frecuentemente asociado con vómitos
y síntomas respiratorios (viriasis)

INFLAMATORIA

Fiebre

Deposiciones
mucosanguinolentas

Dolor abdominal importante
Irritabilidad, letargia...

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SEGÚN ETIOLOGÍA

Incidencia en España 2022

CAMPYLOBACTER spp

Tabla 1 Incidencia acumulada de las gastroenteritis por microorganismos de declaración obligatoria en España año 2022/Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Microorganismo	Incidencia por cada 100.000 habitantes	Edad de mayor incidencia
<i>Campylobacter</i> spp.	59,16 casos	< 5 años
<i>Salmonella</i> (<i>enteritidis</i> , <i>typhimurium</i> , <i>virchow</i>)	24,97 casos	< 5 años
<i>Giardia</i> (<i>lamblia/duodenalis</i>)	7,42 casos	< 5 años
<i>Yersinia</i> (<i>enterocitica</i> y <i>pseudotuberculosis</i>)	2,32 casos	< 5 años
<i>Cryptosporidium</i> (<i>hominis</i> y <i>parvum</i>)	1,84 casos	< 5 años
<i>E. coli</i> verotoxigénico	1,36 casos	< 5 años
<i>Shigella</i> spp.	1,14 casos	mujeres: < 10 años varones: 20-44 años 1-14 años
Fiebre tifoidea (<i>S. typhi</i> y <i>paratyphi</i>)	0,05 casos	
Brotes por patógenos emergentes		
<i>Cryptosporidium</i> 2023 ^a (<i>hominis</i> y <i>parvum</i>)	8,3 casos	1-4 años

^a Datos 2022 no disponibles.

59,16 casos por cada 100.000
Más en <5 años

SALMONELLA

24,97 casos por cada 100.000
Más en <5 años

GIARDIA

7,42 casos por cada 100.000
Más en <5 años

Incidencia en España 2022

Tabla 1 Incidencia acumulada de las gastroenteritis por microorganismos de declaración obligatoria en España año 2022/Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Microorganismo	Incidencia por cada 100.000 habitantes	Edad de mayor incidencia
<i>Campylobacter</i> spp.	59,16 casos	< 5 años
<i>Salmonella</i> (<i>enteritidis</i> , <i>typhimurium</i> , <i>virchow</i>)	24,97 casos	< 5 años
<i>Giardia</i> (<i>lamblia/duodenalis</i>)	7,42 casos	< 5 años
<i>Yersinia</i> (<i>enterocitica</i> y <i>pseudotuberculosis</i>)	2,32 casos	< 5 años
<i>Cryptosporidium</i> (<i>hominis</i> y <i>parvum</i>)	1,84 casos	< 5 años
<i>E. coli</i> verotoxigénico	1,36 casos	< 5 años
<i>Shigella</i> spp.	1,14 casos	mujeres: < 10 años varones: 20-44 años 1-14 años
Fiebre tifoidea (<i>S. typhi</i> y <i>paratyphi</i>)	0,05 casos	
Brotes por patógenos emergentes		
<i>Cryptosporidium</i> 2023 ^a (<i>hominis</i> y <i>parvum</i>)	8,3 casos	1-4 años

^a Datos 2022 no cumplimentados.

CAMPYLOBACTER spp

59,16 casos por cada 100.000
Más en <5 años

SALMONELLA

24,97 casos por cada 100.000
Más en <5 años

GIARDIA

7,42 casos por cada 100.000
Más en <5 años

¿Cuándo debemos estudiar una GEA?

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE LAS HECES

CLÍNICA

- Síntomas **>7 días**
- **Ingreso** hospitalario
- Signos de **sepsis**
- Diarrea
enteroenvasiva
(heces con sangre,
fiebre alta)
- Síndrome hemolítico
urémico (**SHU**)

PACIENTE

- Lactante **<3 meses**
- **Inmunodeprimidos**
- Paciente **oncológico**
- Enfermedad inflamatoria intestinal
(**EII**)

EPIDEMIOLOGÍA

- Infección nosocomial
- **Brote** en familiares,
escuela, hospitales...
- Sospecha de **diarrea**
del viajero

¿Cuándo debemos estudiar una GEA?

Hemocultivo, reactantes de fase aguda y hemograma: Si clínica de sepsis, fiebre entérica, lactante <3 meses, pacientes de alto riesgo (inmunodeficiencia, oncológicos...). También ante deshidratación o si hay sospecha de SHU

HEMOGRAMA

- Leucocitosis con neutrofilia: origen bacteriano
- Linfocitosis: orientan origen vírico

RFA

- Aumentan más en infecciones bacterianas
- **Procaciltonina** más sensible y específica para distinguir diarreas inflamatorias de las que no lo son
- Infecciones por adenovirus pueden elevar significativamente la **PCR**

Técnicas diagnósticas

COPROCULTIVO	La más usada Permite antibiograma	Tarda 48-72h Medio competitivo
OBSERVACIÓN EN FRESCO	Útil para parásitos	- Observador/dependiente - Baja sensibilidad
SEROLOGÍA	Sospecha de <i>Strongyloides Stercolaris</i>	
Técnicas de detección rápidas		
- ELISA e Inmunofluorescencia	Mayor sensibilidad y especificidad	Más laboriosas y caras
- Inmuno Cromatografía	- Muy rápida y fácil - Detecta muy bien rotavirus y adenovirus y algunos parásitos (<i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i>) - Ag <i>Salmonella</i> y <i>Campylobacter</i>	Menos sensible

Técnicas diagnósticas

COPROCULTIVO	La más usada Permite antibiograma	Tarda 48-72h Medio competitivo
Cantidad 1 CONTENEDOR ESTERIL	Muestras requeridas HECES	Hora extraccion <input type="text"/> <input type="text"/>
Pruebas solicitadas Área BACTERIOLOGIA Ag Salmonella	Ag Campylobacter	
- Inmunocromatografía	Detecta virus de la rotavirus y adenovirus y algunos parásitos (<i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i>) - Ag <i>Salmonella</i> y <i>Campylobacter</i>	Menos sensible

Técnicas diagnósticas

<p>TÉCNICAS MOLECULARES (PCR): detectan material genético</p>	<ul style="list-style-type: none">- La de mayor sensibilidad- Muy rápidas- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none">- Más cara- <u>No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos</u>- No permite antibiograma
--	---	---

MICROBIOLOGIA MOLECULAR

Panel Infecciones Gastrointestinales (PCR)

<input type="checkbox"/>	Bacterias (GI)				
<input type="checkbox"/>	Salmonella spp		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Campylobacter spp		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Shigella spp/ E.coli enteroinvasivo (EIEC)		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Yersinia enterocolitica		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Plesiomonas shigelloides		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Vibrio spp		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	E.coli productor toxinas Shiga (STEC)		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	E.coli enteropatógeno (EPEC)		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	E.coli enterotoxigénico (ETEC)		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	E.coli enteroagregativo (EAEC)		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Clostridioides difficile productor toxina A/B		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Virus (GI)				
<input type="checkbox"/>	Rotavirus		Se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Adenovirus		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Norovirus GI/GII		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Astrovirus		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Sapovirus		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Parásitos (GI)				
<input type="checkbox"/>	Giardia lamblia		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Cryptosporidium spp		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Cyclospora cayetanensis		No se detecta		HECES
<input type="checkbox"/>	Entamoeba histolytica		No se detecta		HECES

Técnicas diagnósticas

TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):
detectan material genético

- La de mayor sensibilidad
- Muy rápidas
- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria

- Más cara
- **No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos**
- No permite antibiograma

¿HAY QUE PEDIRLO SIEMPRE?

Técnicas diagnósticas

TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):
detectan material genético

- La de mayor sensibilidad
- Muy rápidas
- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria

- Más cara
- **No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos**
- No permite antibiograma

¿HAY QUE PEDIRLO SIEMPRE?

¿ Vamos a tratar TODO lo que diagnosticamos?

Técnicas diagnósticas

TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):
detectan material genético

- La de mayor sensibilidad
- Muy rápidas
- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria

- Más cara
- **No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos**
- No permite antibiograma

¿HAY QUE PEDIRLO SIEMPRE?

¿ Vamos a tratar TODO lo que diagnosticamos?

Solo se pedirá cuando la clínica indique que es necesario iniciar un tratamiento

Patógenos especiales

PATÓGENOS EMERGENTES

Aunque no son endémicos de nuestra área, su incidencia va en aumento debido a los cambios ambientales y sociodemográficos

PATÓGENOS DE SIGNIFICADO INCIERTO

Microorganismos comensales que en ciertas circunstancias pueden causar una enfermedad aguda

PATÓGENO	CUANDO TRATAR	TRATAMIENTO
PATÓGENOS DE SIGNIFICADO INCIERTO		
<u>CITOMEGALOVIRUS</u> Muestra estéril (biopsia) Tener en cuenta la carga viral	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunodeprimidos <ul style="list-style-type: none"> - EEI 	Ganciclovir
<u>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</u> NO patógeno en <2 años La detección de la toxina A/B en heces confirma enfermedad activa	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunodeprimidos, EEI - Fibrosis quística - Antibioterapia reciente e ingreso prolongado si episodio grave 	Metronidazol o vancomicina Fidaxomicina vo 1 ^a opción si infección grave o alto riesgo de recurrencia o complicaciones

PATÓGENO	CUANDO TRATAR	TRATAMIENTO
PATÓGENOS DE SIGNIFICADO INCIERTO		
<u>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</u> NO patógeno en <2 años La detección de la toxina A/B en heces confirma enfermedad activa	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunodeprimidos, EEI - Fibrosis quística - Antibioterapia reciente e ingreso prolongado si episodio grave 	Metronidazol o vancomicina Fidaxomicina vo 1ª opción si infección grave o alto riesgo de recurrencia o complicaciones

Niño de <2 años con clínica sugestiva y panel *C. Difficile* + toxina... **¿se trata?**

RARO → de entrada NO
 ¿Inmadurez de los receptores de la toxina? No hay estudios claros
 Tratamiento sintomático y solo en casos muy señalados se plantearía tratamiento con vancomicina oral

Novedades en el tratamiento de la infección por *C. difficile* en pediatría

Ares Sánchez

Andrea Cano

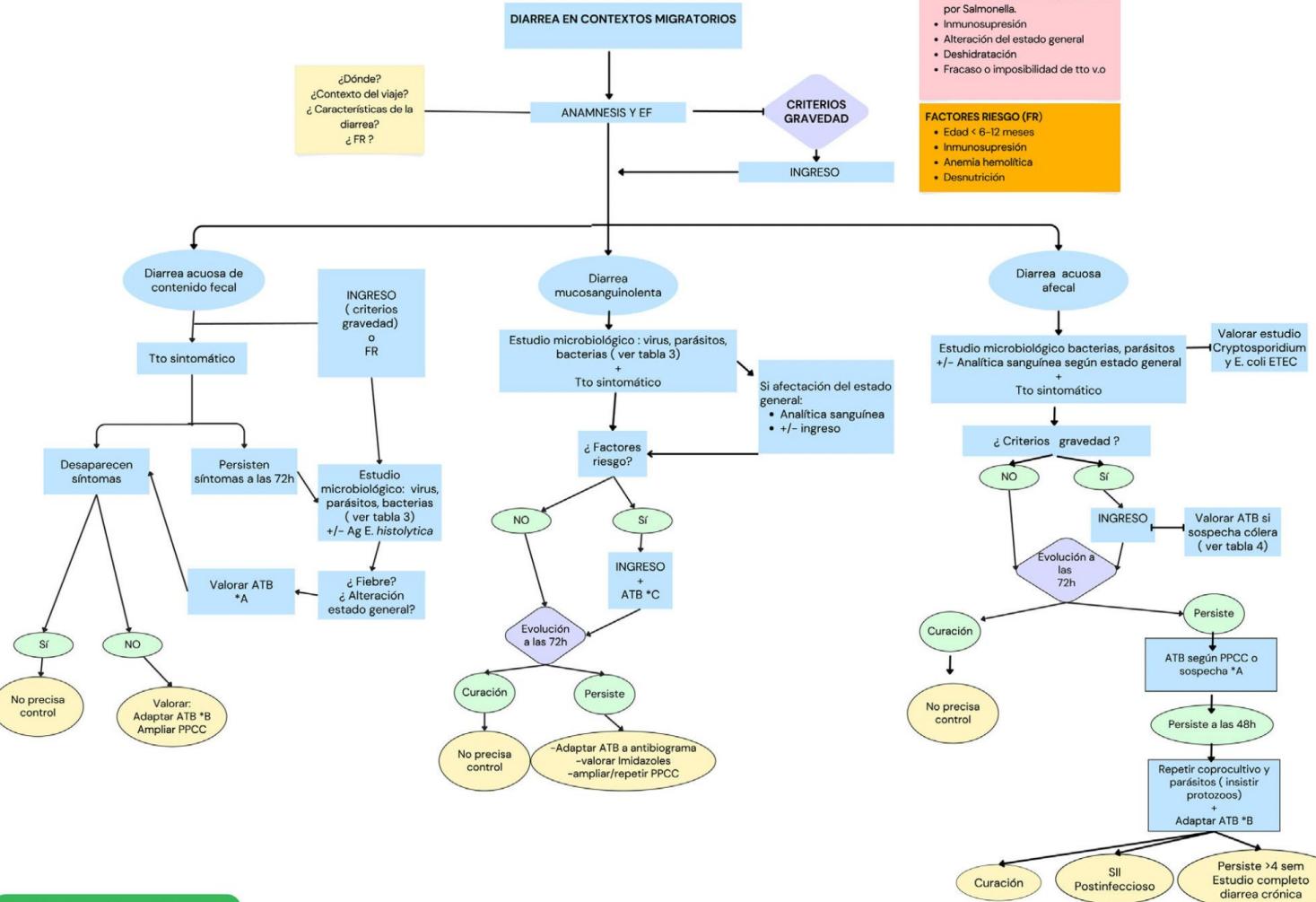
PATÓGENO	CUANDO TRATAR	TRATAMIENTO
PATÓGENOS EMERGENTES		
<u>ENTAMOEBA HISTOLYTICA</u>	Siempre	Metronidazol + Paramomicina
<u>SALMONELLA TYPHI</u>	Siempre	Cefotaxima
<u>VIBRIO CHOLERAE</u>	Siempre (incluso aunque sea solo una sospecha)	Azitromicina

Diarrea del viajero

Aparece durante el viaje o en los siguientes 14 días tras volver del mismo
Clínica más frecuente en un niño viajero

La etiología y el tratamiento dependerá de la epidemiología del lugar de origen y de los factores individuales del paciente

- **BACTERIAS:** lo más frecuente (***E. Coli ET***), *Shigella spp.* (Latinoamérica y África), *Campylobacter Spp.* (Asia), *Salmonella spp.*
 - VIRUS: rotavirus, enterovirus y norovirus sobre todo
 - PARÁSITOS: menos común, más en viajes largos. Destaca la *Giardia lamblia*



Diarrea del viajero

FACTORES DE RIESGO

Menores 6-12 meses

Inmunodeprimidos

Anemia hemolítica

Desnutrición

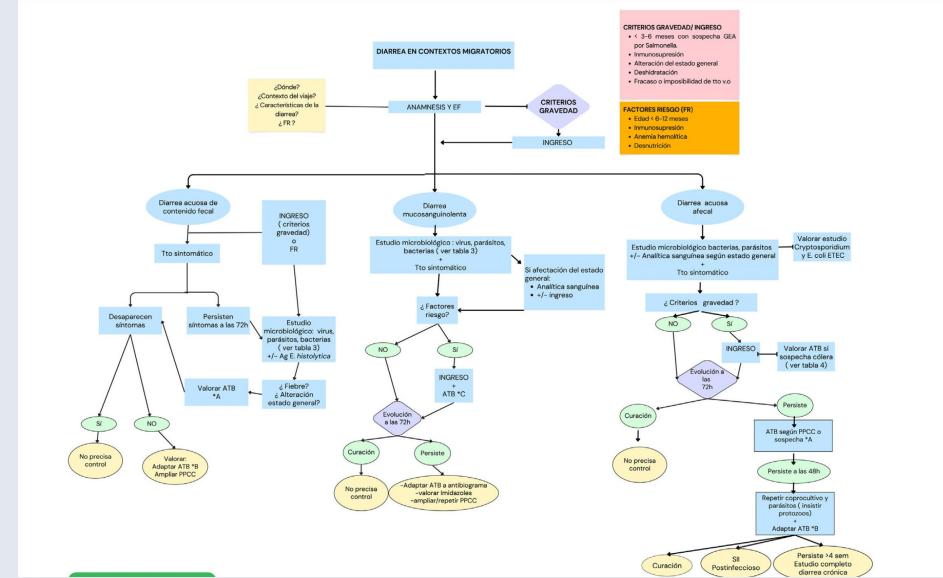
CRITERIOS DE INGRESO

<3-6 meses sospecha de *Salmonella* spp

Inmunosupresión

Deshidratación

Fracaso o imposibilidad de tratamiento oral



Diarrea del viajero

SIEMPRE valorar los FR o criterios de ingreso

Diarrea acuosa fecal

Tratamiento sintomático



> 72h sin mejoría



Valorar PPCC

Tratamiento empírico:
AZITROMICINA

Diarrea mucosanguinolenta

Estudio de heces +
tratamiento sintomático



Tratamiento empírico con
azitromicina o bien dirigido en
caso de persistencia de
síntomas o FR

Diarrea acuosa afecal

Estudio de heces +
tratamiento sintomático



Sospechar
CÓLERA



Tratamiento empírico con
azitromicina o bien dirigido en
caso de persistencia de
síntomas o FR

+ **Imidazoles** si no existe la opción de realizar PPCC

TRATAMIENTO ESPECÍFICO SEGÚN PATÓGENO

Tratamiento específico

AEROMONAS SPP.

- Diarrea persistente
- Presentaciones crónicas
- Inmunosupresión

CEFIXIMA

CAMPYLOBACTER

- Alto riesgo de contagio
- Diarrea >7 días
- Inmunodeprimidos

AZITROMICINA

Infección grave o
bacteriemia

CARBAPENEMES
CEFOTAXIMA

Tratamiento específico

GIARDIA LAMBLIA

Curso persistente y/o grave

METRONIDAZOL

SHIGELLA SPP.

SIEMPRE
(Incluso solo con sospecha epidemiológica)

CEFALOSPORINA 3º G
Azipromicina

YERSINIA SPP.

Curso persistente y/o grave
Inmunodeprimidos

CEFALOSPORINA 3º G
Aminoglucósidos

Autores recomiendan NO tratar nunca



Tratamiento específico

ESCHERICHIA COLI

- Curso prolongado o grave
- Diarrea del viajero prolongada

E. Coli enteropatógeno

E. Coli enterotoxigénico

AZITROMICINA

Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

*E. COLI PRODUCTOR
DE TOXINA SHIGA*

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

ANEMIA HEMOLÍTICA

TROMBOCITOPENIA

INSUFICIENCIA RENAL

Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

E. COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA

Más asociado a *E. Coli O57:H7*

Existe controversia con relación al uso de antibióticos y su relación con SHU

En general, **CONTRAINDICADO** su uso (sobre todo B-lactámicos y TMP/SMX)

Tratamiento **SINTOMÁTICO**

Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante



SAL
N

En <5
excrec

INFECCIÓN INVASIVA POR *SALMONELLA SPP*

Patricia Luis Herrera (R1)

Tutorizado por:
Dr Pedro Alcalá



Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

SALMONELLA
NON-TYPHI

En <5 años la mediana de tiempo de excreción bacteriana es de 7 semanas

En un 2,6% >1 año

En niños **sanos**, el tratamiento antibiótico de rutina no afecta a la duración del cuadro (fiebre y/o diarrea)

PORTADORES CRÓNICOS

Mayor **riesgo de colelitiasis**
(localización en tracto biliar)



El tratamiento antibiótico favorece: bacteriemia, recaída clínica y cepas resistentes

Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

SALMONELLA
NON-TYPHI

Pero entonces... ¿NUNCA se trata?

SITUACIONES ESPECIALES DONDE SÍ

Pacientes **de riesgo**:

- <3-6 meses
- Tratamiento concomitante con corticoides
- Inmunodeprimidos, enfermedad linfoproliferativa
 - EEI
- Pacientes en hemodiálisis
 - Anemia falciforme

Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

SALMONELLA
NON-TYPHI

Pero entonces... ¿NUNCA se trata?

SITUACIONES ESPECIALES DONDE SÍ

Pacientes **de riesgo**:

- <3-6 meses
- Tratamiento concomitante con corticoides
- Inmunodeprimidos, enfermedad linfoproliferativa
 - EEI
- Pacientes en hemodiálisis
 - Anemia falciforme

CEFALOSPORINA 3º G

- Amoxicilina
- Ampicilina
(si sensible)

Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

SALMONELLA
NON-TYPHI

COMPLICACIONES: en estos casos está indicado el tratamiento antibiótico

- BACTERIEMIA: duración del tratamiento varía según la edad
 - MENINGITIS
 - OSTEOMIELITIS

→ Siempre analizar LCR

CEFALOSPORINA 3º G



En **meningitis** valorar añadir **ciprofloxacino** en niños graves hasta la sensibilidad o si persiste el crecimiento en el cultivo a las 24-48h

¿Y EL INGRESO?

¿Cuándo ingresamos?

CUADRO CLÍNICO

- Deshidratación o riesgo de la misma, alteración metabólica
- Intolerancia oral
- Síntomas neurológicos
- Si rehidratación oral está contraindicada: deshidratación grave ($>$ o igual a 9%), shock, abdomen agudo, diagnóstico incierto...

PACIENTE

- Inmunodeprimidos
- Imposibilidad de tratamiento oral

ETIOLOGÍA

- Menores de 3-6 meses + infección por *Salmonella* no *tiphy*

COMPLICACIONES

Deshidratación

Complicación más frecuente. La mortalidad por una deshidratación moderada/grave es poco frecuente en nuestro medio

Síndrome post enteritis

Diarrea que se prolonga más de 7 días. Infección persistente, cambios en la microbiota, malabsorción de HDC, enteropatía por malnutrición... Raro en nuestro medio, más en países en vías de desarrollo

Complicaciones según etiología:



Tabla 7 Complicaciones según el agente etiológico

Microorganismo	Complicación
Rotavirus	Afectación grave, convulsiones febres (2-8%), convulsiones benignas con diarrea leve (4%), encefalitis, meningitis, cerebelitis, enterocolitis necrosante, invaginación, bacteriemia por gérmenes Gram negativos
Norovirus	Brotes estacionales, crisis convulsivas febres y convulsiones benignas con diarrea leve, afectación grave ^a , diarrea persistente ^a
Adenovirus	Afectación grave ^a , diarrea persistente ^a , hepatitis
Salmonella (<i>S. enteritidis</i> y <i>typhimurium</i>)	Bacteriemia (1%) ^{a,b,c} , endocarditis ^c , infección endovascular ^d , osteomielitis ^e , artritis séptica, artritis reactiva ^f , meningitis, absceso cerebral, infección urinaria, afectación visceral (pulmonar, pleural, hepática o esplénica)
<i>Shigella</i> spp.	Bacteriemia (4%), crisis convulsivas y/o encefalopatía (hasta el 40%), artritis reactiva ^f , prolapse rectal, megacolon tóxico, obstrucción intestinal, perforación colónica, reacción leucemoide.
<i>Yersinia</i> spp.	Bacteriemia, faringitis y absceso faríngeo, pseudoappendicitis, ileitis, perforación intestinal, peritonitis, invaginación, megacolon tóxico, isquemia intestinal, colangitis, trombosis vena mesentérica, absceso visceral (hígado, bazo, riñón o pulmón), endocarditis, artritis séptica, artritis reactiva ^f , manifestaciones cutáneas (eritema nodoso ^f), uveitis, conjuntivitis.
<i>Campylobacter</i> spp.	Enfermedad grave ^g , pseudoappendicitis, colitis, linfoma, colecistitis, peritonitis, eritema nodoso ^f , celulitis, artritis reactiva, artritis séptica, osteomielitis, pseudoaneurisma, pericarditis, miocarditis, síndrome de Guillain-Barré ^f , síndrome de Miller-Fisher ^f
<i>E. coli</i> productora toxina-Shiga <i>Clostridioides difficile</i>	Síndrome hemolítico-urémico
<i>Giardia lamblia</i>	Enfermedad grave, colitis pseudomembranosa, colitis fulminante, bacteriemia, artritis reactiva ^f , enfermedad recurrente
<i>Cryptosporidium</i> spp.	Diarrea crónica con malabsorción, malnutrición, estomatitis aftosa, urticaria, intestino irritable, fatiga crónica, colecistitis, colangitis, hepatitis, insuficiencia pancreática exocrina.
	Diarrea crónica con malnutrición ^{a,g} , colecistitis ^g , colangitis ^g , hepatitis, pancreatitis, síntomas crónicos (dolor abdominal, dolor articular, náuseas, fatiga, cefalea, dolor ocular, anorexia o pérdida de peso)

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

^a Inmunodeprimidos.

^b Menores de un año.

^c Portadores de prótesis.

^d Arterioesclerosis.

^e Hemoglobinopatías.

^f Secuelas postinfecciosas tardías.

^g VIH.

Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus



Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**



Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp



Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)



Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp



Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)



Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile



Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia - **malabsorción**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia - **malabsorción**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia - **malabsorción**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus - **hepatitis**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia - **malabsorción**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus - **hepatitis**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Shigella spp

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia - **malabsorción**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus - **hepatitis**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Shigella spp - **prolapso rectal,**
megacolon tóxico, reacción
leucemoide

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

Giardia lamblia - **malabsorción**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus - **hepatitis**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Shigella spp - **prolapso rectal,**
megacolon tóxico, reacción
leucemoide

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

Yersinia spp

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Giardia lamblia - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

Shigella spp - **prolapso rectal,**
megacolon tóxico, reacción
leucemoide

Yersinia spp - **eritema nodoso** (tardío);
abscesos viscerales; uveítis,
conjuntivitis

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Giardia lamblia - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

Shigella spp - **prolapso rectal,**
megacolon tóxico, reacción
leucemoide

Yersinia spp - **eritema nodoso** (tardío);
abscesos viscerales; uveítis,
conjuntivitis

Cryptosporidium spp

Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

E. Coli productor de toxina Shiga - **SHU**

Salmonella spp- **Bacteriemia** (si riesgo);
endocarditis (prótesis); **osteomielitis**
(hemoglobinopatías)

Campylobacter spp -
Guillain-Barré; Miller-Fisher;
eritema nodoso (tardío)

C. difficile - **colitis pseudomembranosa**

Giardia lamblia - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

Shigella spp - **prolapso rectal,**
megacolon tóxico, reacción
leucemoide

Yersinia spp - **eritema nodoso** (tardío);
abscesos viscerales; uveítis,
conjuntivitis

Cryptosporidium spp - **colecistitis y**
colangitis (VIH)

Conclusiones

- La GEA infecciosa es una causa muy prevalente en nuestro medio, y es la tercera causa de muerte en menores de 5 años en el mundo
- El tratamiento inicial será sintomático
- Solo en caso de prolongación de la clínica o en casos específicos de factores de riesgo hay que plantear la realización de pruebas complementarias
- A pesar de que suele ser una afección leve, hay que tener presente las posibles complicaciones para ofrecer el mejor tratamiento individualizando cada caso

Bibliografía

- Berghezan-Suárez A, López-Marín D, Carbajo AJ, Khodayar-Pardo P, Ortiz-González L, Aguirrezzabalaga B, et al. Documento SEIP/AEPap/SEPEAP/SEGHN/SEUP sobre el diagnóstico y tratamiento etiológico de las gastroenteritis agudas de origen infeccioso. An Pediatr. 2025; 103(4) Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-seip-aepap-sepeap-seghnp-seup-sobre-el-articulo-S169540332500219X>
- Pérez Muñoz S, Villota Arrieta J. Diarrea en el niño viajero. Manual diagnóstico terapéutica en Pediatría. 6a edición. Madrid; 2018. p 1521-1524
- Álvarez B, Melendo S, Goterris L, Fernández-Polo A, Rodrigo JA, Navarro E, et al. Infección por Clostridioides Difficile en Pediatría. UPIIP. España; 2023. Disponible en: <https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/C%20difficile%20DEF%20%28retirada%20ZINPLANA%29%20.pdf>
- Badillo Navarro K, Blázquez Gamero D, García López-Hortelano M. Diarrea del viajero. Prevención y tratamiento (v.2.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [En línea]. Consultado 11/12/2025. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-diarrea-del-viajero-prevencion-y-tratamiento>

Gastroenteritis aguda infecciosa

Nuevas recomendaciones para el manejo y tratamiento en pediatría

Alba Antón González
albaanton_@hotmail.com